

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

No 347

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

**Carmen BLUM**

Née le 18 janvier 1909, à Londres

CONSIDÉRATIONS  
SUR UN CAS  
D'ANUS VULVAIRE,  
MÉGACOLON ET NÉPHRITE

*Président : M. CARNOT, Professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C<sup>ie</sup>, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1934



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Carmen BLUM

Née le 18 janvier 1909, à Londres

CONSIDÉRATIONS

SUR UN CAS

D'ANUS VULVAIRE,  
MÉGACOLON ET NÉPHRITE

*Président : M. CARNOT, Professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C<sup>ie</sup>, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1934

## I. — PROFESSEURS

MM.

|                                                                  |                   |
|------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Anatomie .....                                                   | ROUVIERE.         |
| Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....     | PROUST.           |
| Physiologie .....                                                | Léon BINET        |
| Physique médicale.....                                           | STROHL.           |
| Chimie médicale.....                                             | DESGREZ.          |
| Bactériologie .....                                              | DEBRE.            |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale.....                | BRUMPT.           |
| Pathologie et thérapeutique générales.....                       | BAUDOUIN.         |
| Pathologie médicale.....                                         | CLERC.            |
| Pathologie chirurgicale.....                                     | CHEVASSU.         |
| Anatomie pathologique.....                                       | ROUSSY.           |
| Histologie .....                                                 | CHAMPY.           |
| Pharmacologie et matière médicale .....                          | TIFFENEAU.        |
| Thérapeutique .....                                              | LOEPER.           |
| Hygiène et médecine préventive.....                              | TANON.            |
| Médecine légale .....                                            | BALTHAZARD.       |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie.....                  | LAIGNEL-LAVASTINE |
| Pathologie expérimentale et comparée.....                        | FIESSINGER.       |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie.....                    | Maurice VILLARET. |
| Clinique médicale.....                                           | ACHARD.           |
|                                                                  | BEZANÇON.         |
|                                                                  | CARNOT.           |
|                                                                  | Marcel LABBÉ.     |
| Hygiène et clinique de la première enfance.....                  | LEREBoullet       |
| Clinique des maladies des enfants.....                           | NOBÉCOURT.        |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale... | H. CLAUDE.        |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....             | GOUGEROT.         |
| Clinique des maladies du système nerveux.....                    | GUILLAIN.         |
| Clinique des maladies infectieuses.....                          | LEMIERRE.         |
|                                                                  | CUNÉO.            |
| Clinique chirurgicale.....                                       | GOSSET.           |
|                                                                  | GRÉGOIRE.         |
|                                                                  | LENORMANT.        |
| Clinique ophtalmologique.....                                    | TERRIEN.          |
| Clinique urologique.....                                         | MARION.           |
|                                                                  | BRINDEAU.         |
| Clinique d'accouchements.....                                    | COUVELAIRE.       |
|                                                                  | JEANNIN.          |
| Clinique gynécologique.....                                      | J.-L. FAURE.      |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....               | OMBRÉDANNE.       |
| Clinique thérapeutique médicale.....                             | RATHERY.          |
| Clinique oto-rhino-laryngologique.....                           | LEMAITRE.         |
| Clinique thérapeutique chirurgicale.....                         | Pierre DUVAL.     |
| Clinique propédeutique.....                                      | SERGEANT.         |
| Clinique de la tuberculose.....                                  | Léon BERNARD.     |
| Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte .....             | MATHIEU.          |
|                                                                  | HOVELACQUE.       |
| Professeurs sans chaire.....                                     | MULON.            |
|                                                                  | OLIVIER.          |
|                                                                  | VERNE.            |



## II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

### MM.

ALAJOUANINE.. Neurologie et psychiâtrie.  
 BÉNARD (H.)... Pathologie médicale.  
 BERNARD (Et.) Pathologie médicale.  
 BOULIN..... Pathologie médicale.  
 BROcq ..... Pathologie chirurgicale.  
 BULLIARD .... Histologie.  
 CATHALA .... Pathologie médicale.  
 CHABROL .... Pathologie médicale.  
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.  
 DOGNON ..... Physique.  
 DONZELOT .... Pathologie médicale.  
 FEY ..... Urologie.  
 GALLIARD .... Parasitologie.  
 GASTINEL .... Bactériologie.  
 GATELLIER ... Pathologie chirurgicale.  
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie  
                                   chirurgicale.  
 GAYET ..... Physiologie.  
 GIROUD ..... Histologie.  
 HAGUENAU .. Pathologie médicale.  
 HALPHEN .... Oto-rhino-laryngologie.  
 HAZARD ..... Pharmacologie.  
 HUGUENIN ... Anatomie pathologique.  
 JOANNON .... Hygiène.  
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.  
 LACOMME .... Obstétrique.

### MM.

LANTUÉJOUL . Obstétrique.  
 LAROCHE (Guy). Pathologie médicale.  
 LEMAIRE..... Pathologie expérimentale.  
 LEVEUF ..... Pathologie chirurgicale.  
 Mlle J. LÉVY... Pharmacologie.  
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie.  
 MOREAU ..... Pathologie médicale.  
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.  
 MOUQUIN .... Pathologie médicale.  
 OBERLING .... Anatomie pathologique.  
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.  
 PIÉDELIEVRE. Médecine légale.  
 PORTES ..... Obstétrique.  
 QUÉNU ..... Pathologie chirurgicale.  
 RICHET ..... Physiologie.  
 SANNIÉ ..... Chimie biologique.  
 SÉNÈQUE .... Pathologie chirurgicale.  
 SÉZARY ..... Dermatologie et Syphili-  
                                   graphie.  
 TROISIER ..... Pathologie expérimentale.  
 TURPIN ..... Pathologie médicale.  
 VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie  
                                   médicale.  
 VELTER ..... Ophtalmologie.  
 VIGNES ..... Obstétrique.  
 WILMOTH .... Pathologie chirurgicale.

## III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

### POUR LE SERVICE DES EXAMENS

### MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale.  
 BUSQUET ..... Pharmacologie.  
 CHAILLEY-BERT . Physiologie.

### MM.

LEROUX ..... Anatomie pathologique  
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.  
 ZIMMERN ..... Physique.

## IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

### A TITRE PERMANENT

#### MM.

|                |                        |
|----------------|------------------------|
| ABRAMI .....   | Clinique médicale.*    |
| AUBERTIN ..... | Clinique médicale.     |
| BRULÉ .....    | Clinique médicale.     |
| CHIRAY .....   | Clinique médicale.     |
| DUVOIR .....   | Clinique médicale.     |
| HARVIER .....  | Clinique médicale.     |
| LIAN .....     | Clinique médicale.     |
| GUENIOT .....  | Clinique obstétricale. |
| LE LORIER .... | Clinique obstétricale. |

#### MM.

|               |                        |
|---------------|------------------------|
| LÉVY-SOLAL .. | Clinique obstétricale. |
| METZGER ..... | Clinique obstétricale. |
| BASSET .....  | Clinique chirurgicale. |
| CADENAT ..... | Clinique chirurgicale. |
| HEITZ-BOYER . | Clinique chirurgicale. |
| MOCQUOT ..... | Clinique chirurgicale. |
| MOURE .....   | Clinique chirurgicale. |
| SCHWARTZ ...  | Clinique chirurgicale. |

## V. — CHARGÉS DE COURS

#### MM.

|                            |                      |
|----------------------------|----------------------|
| CHAILLEY-BERT, agrégé .... | Éducation physique.  |
| FREY .....                 | Stomatologie.        |
| LEDOUX-LEBARD .....        | Radiologie clinique. |
| WEIL-HALLÉ .....           | Puériculture.        |

---

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MES PARENTS

*Je leur dois tout.*

A MES SOEURS

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR CARNOT

Professeur de Clinique Médicale  
Médecin de l'Hôtel-Dieu  
Membre de l'Académie de Médecine

*Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.*

*Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre admiration et de notre profonde reconnaissance.*

A M. LE DOCTEUR CAROLI

Chef de Clinique à l'Hôtel-Dieu

*Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse.*

*Nous lui exprimons tout spécialement  
nos plus sincères remerciements.*

A. M. LE DOCTEUR BERGERET

Chirurgien des Hôpitaux

*En hommage de notre respectueuse reconnaissance pour la bienveillance avec laquelle il a mis à notre disposition les documents qui nous ont servi pour cette thèse.*

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ  
ET DES HOPITAUX DE PARIS

# CONSIDÉRATIONS SUR UN CAS D'ANUS VULVAIRE, MÉGACOLON ET NÉPHRITE

---

## INTRODUCTION

---

L'observation qui fait le sujet de cette thèse nous a paru intéressante non seulement au point de vue clinique mais encore au point de vue des problèmes pathogéniques et thérapeutiques qu'elle soulève.

Elle nous apporte en effet un ensemble d'états morbides entre lesquels nous avons cherché les relations qui pouvaient exister.

Il s'agit d'une jeune fille de 20 ans atteinte d'anus vulvaire, de constipation, de mégacolon et de néphrite.

La question qui se pose est de savoir si l'on doit considérer chacune de ces manifestations comme indépendante, ou admettre que découlant les unes des autres, elles ne constituent que les différentes étapes évolutives d'une même maladie, dont la cause est un vice congénital.

Nous prions le Dr Bergeret qui a si aimablement mis les documents médicaux et les radiographies à

notre disposition, de recevoir ici nos remerciements respectueux.

Nous sommes heureux de dire au Dr Caroli, qui nous a donné le sujet de cette thèse, et nous a aidé de ses précieux conseils, combien sa bienveillance restera gravée dans notre mémoire, et nous l'assurons de notre reconnaissance.

---

## CHAPITRE I

### OBSERVATION

---

OBSERVATION I. — Née avant terme (7 mois) de parents bien portants, et pesant 1.000 gr., on note dès la naissance :

« Une imperforation anale avec présence d'anus vulvaire ».

Jusqu'à l'âge de 3 mois les selles ne s'obtiennent qu'à l'aide de nombreux lavements. Les matières sont minces et longues « comme des allumettes » aux dires de la mère.

Amenée à l'Hôpital Bretonneau, on fait des dilata-tions anales, ce qui améliore un peu la constipation.

En 1914, elle est alors âgée de 1 an, M. le Profes-seur Ombrédanne refait un anus périnéal, mais il persiste une fistule rectovulvaire, et les selles conti-nuent à être expulsées par la vulve.

En mars-avril 1919, nouvelle opération. La fistule cette fois s'oblitère, le nouvel anus fonctionne nor-malement, mais il n'y a jamais de selles spontanées. Les laxatifs et les lavements provoquent des évacua-tions liquides, au point que l'enfant doit être garnie tous les jours.

Peu à peu « la constipation » devient plus opiniâtre, entrecoupée de grandes crises douloureuses, avec débâcles diarrhéiques. L'abdomen augmente de volume, il est ballonné, météorisé, dur et douloureux. L'état général s'aggrave.

Ayant consulté à l'occasion d'une de ces crises, le médecin pense à une appendicite, et conseille l'intervention.

Vers l'âge de 14 ans on note : « une atrésie du canal anal » et on fait des séances de dilatation aux bougies de Hégar. On passe ainsi progressivement du n° 9 au n° 16.

Malgré cela, la constipation persiste, le ventre est toujours ballonné, on sent du côté droit une masse dure, qui fait croire à l'existence d'un « kyste de l'ovaire », mais qui disparaît après des lavements énergiques, il s'agissait probablement d'un « stercorome ».

Cet état douloureux constant a retenti sur le caractère de la malade qui devient taciturne, hypocondriaque ; toujours dans l'attente d'une nouvelle crise, ne croyant plus à la possibilité d'une guérison, elle se considère comme un être anormal et vit à l'écart des autres jeunes filles.

C'est à l'âge de 18 ans, en mars 1931, qu'elle note pour la première fois « de l'œdème des paupières et des membres inférieurs » ; en même temps elle se plaignait de douleurs dans la région lombaire, avec troubles de la miction. L'analyse des urines révèle 0 gr. 65 d'albumine.

Soumise à un régime approprié, l'albumine diminue, mais la constipation persiste. On note une nouvelle hausse du taux de l'albumine de novembre à mars 1933.

Il faut dire que tous les spécialistes qu'elle est amenée à consulter lui déconseillent l'intervention. Les uns, frappés par la nervosité du sujet, conseillent surtout des calmants et des douches, les autres s'efforcent de traiter la constipation en évitant de distendre l'intestin.

Mais comme cette jeune fille se désespère de n'obtenir qu'un résultat médiocre avec toutes les thérapeutiques médicales qu'on lui a prescrites, comme elle se lasse des lavages intestinaux répétés deux fois par jour et qui n'empêchent pas le retour des crises abdominales violentes, d'elle-même, elle s'adresse au chirurgien, et vient implorer le Dr Bergeret de tenter sur elle, coûte que coûte, une intervention susceptible de transformer son existence.

C'est à ce moment que nous l'examinons.

On est en présence d'une jeune fille de 20 ans, de petite taille (1 m. 45), mais non infantile.

L'examen clinique est presque entièrement négatif.

Abdomen non météorisé, et on ne sent pas à un palper attentif de masse stercorale.

Les urines sont normales, en couleur et en quantité, et contiennent un chiffre d'albumine qui s'élève à la date du 11 octobre 1933 à 2 gr. 31.

Urée sanguine : 0 gr. 16.

Constante d'Ambard : 0,10.

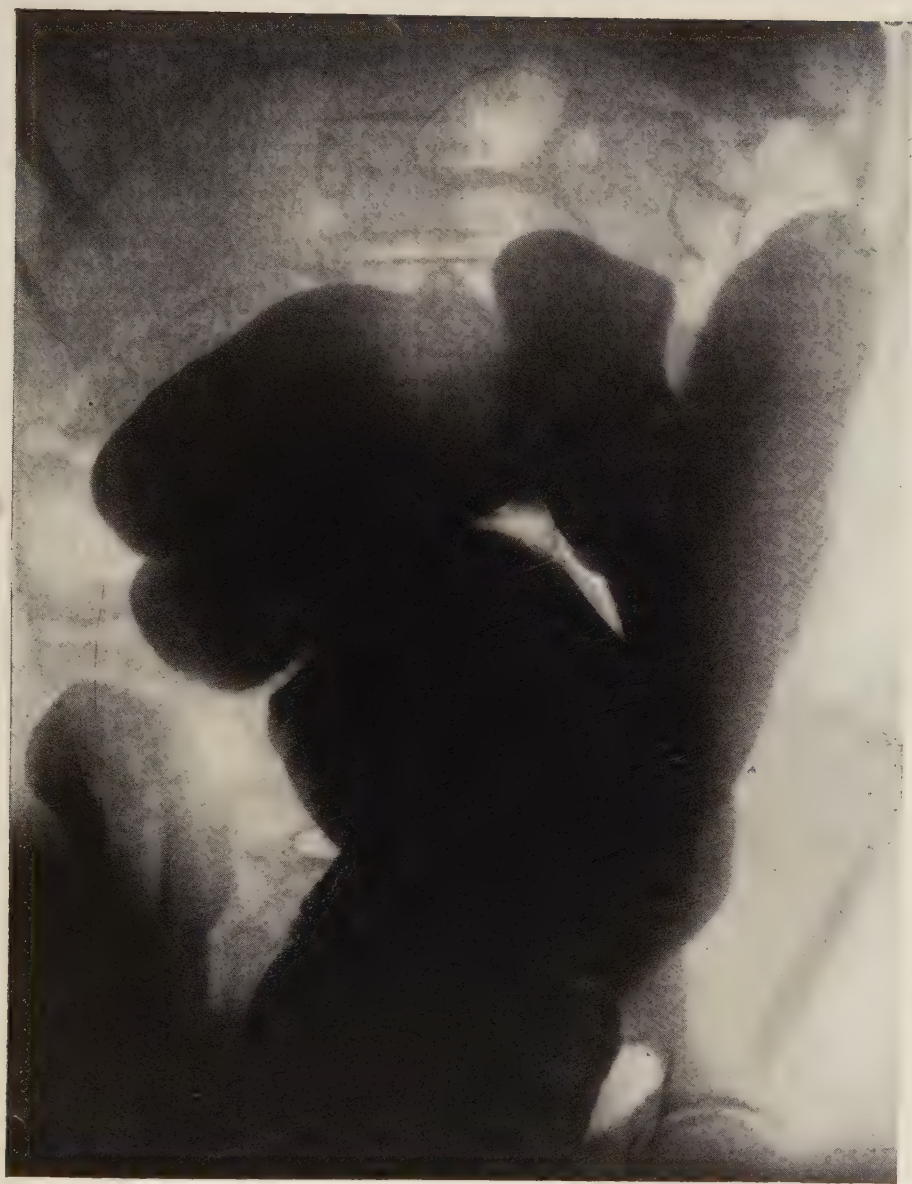
L'exploration radiologique a montré que les symptômes dont la malade souffre, sont expliqués par l'existence d'un volumineux dolicho-mégacôlon atteignant le rectum.

Par lavement baryté en effet (voir fig. n<sup>o</sup> 1) on remplit une cavité rectale énorme qui remonte vers la droite jusque sous le foie, et semble occuper, légèrement coudée sur elle-même, tout le centre de l'abdomen. Aussi bien sa hauteur que son calibre, sont sûrement plus du double de la normale. Au mégacôlon sigmoïde et mégarectum fait suite un dolicho-côlon gauche, le reste du cadre colique paraît de calibre et de situation normaux.

Cependant si l'intestin est exploré par la voie haute, on note un fait en apparence paradoxal : la baryte stagne dans le cæco-côlon ascendant plus de trois jours avant d'atteindre le transverse et le descendant : tout se passe comme s'il y avait une gêne au niveau de l'angle sous-hépatique. En réalité la suite de l'observation a montré qu'il ne s'agit que d'un retentissement à distance d'une lésion intestinale gauche ; il y a dans ce cas quelque chose de comparable aux stases stercorales droites paradoxales, symptomatiques, par exemple d'une virole néoplasique sigmoïdienne.

Pour décider l'intervention, les médecins traitants ont été guidés par trois ordres de considération :

1<sup>o</sup> Le désir nettement exprimé par la malade et sa famille, d'accepter pour changer un état trop pénible, tous les risques qui pouvaient être encourus ;





2° Par cette impression que le vice de position et de perméabilité anale, était désormais corrigé, et qu'il fallait se considérer simplement en présence d'une cure radicale à traiter, d'un méga-recto-sigmoïde.

Quant à l'apparence d'une stase droite concomitante, il a été suffisamment démontré à l'examen radiologique, qu'elle devait se réduire d'elle-même, et on a cantonné les soins chirurgicaux au côlon gauche.

3° L'existence de la néphrite, puisqu'elle ne paraissait pas revêtir un caractère évolutif particulièrement sévère, apparaissait plutôt comme une médication complémentaire d'intervenir, et on a eu dès ce moment l'idée d'améliorer par la chirurgie la névropathie.

Le Dr Bergeret est intervenu en deux temps.

*Première intervention pratiquée le 17 octobre 1933.*  
Anesthésie locale et protoxyde.

Incision médiane sous-ombilicale.

Le rectum et le côlon sigmoïde, très allongé, sont énormes et décrivent plusieurs boucles. Le côlon droit et le cæcum sont également augmentés de volume et allongés, mais dans des proportions beaucoup moins marquées que le rectum et le côlon sigmoïde.

Le côlon transverse est normal.

Le Dr Bergeret résèque du côlon sigmoïde tout ce que la mise des deux bouts à la peau au niveau de l'incision médiane lui a permis d'enlever, sans qu'il

se produise de tractions dangereuses. Le bout supérieur est fixé à un tube de Paul, le bout inférieur est fermé par une soie. Fermeture à la soie en un plan de l'incision au-dessus et en dessous.

Suites opératoires des plus simples.

Cet anus à lui seul a donné des résultats remarquables.

Les selles par son orifice sont devenues parfaitement régulières, quotidiennes, démontrant d'une manière très claire qu'il n'y avait pas, comme on l'avait bien pensé, de stase droite autonome.

4° L'état général de la malade s'est rapidement modifié. Son appétit est devenu meilleur, sa gaieté remarquable, malgré les inconvénients de l'anus contre nature, et surtout l'albumine a disparu presque complètement des urines.

Ce premier temps a surtout montré que l'on était sur la bonne voie.

Et c'est pourquoi le Dr Bergeret est intervenu une deuxième fois le 16 novembre 1933.

Anesthésie au protoxyde.

Incision circonscrivant les deux orifices de colostomie accolés, ouvrant largement le ventre, de l'ombilic au pubis. Résection du mégacôlon terminale. Fermeture de la paroi en un plan à la soie sur tamponnement à la Mickulicz et un drain.

Suites opératoires des plus simples.

Les suites opératoires furent excellentes. A partir du dixième jour environ, s'installèrent des selles normales et quotidiennes, et à part quelques journées

troublées, à la suite d'une absorption de baryte pour contrôle, cette malade n'a pas eu, jusqu'aujourd'hui, besoin d'utiliser aucun laxatif ou lavement.

Depuis son intervention, pendant de longs mois, malgré un régime varié, l'albumine est restée absente des urines.

Une dose de 1 gr. 20 est reparue à l'occasion d'une vie normale et active.

Mais sans changement de régime ; aux dernières nouvelles reçues de notre malade, les urines ne contiennent plus d'albumine.

On peut dire aujourd'hui que cette opération tardive, complétant l'opération pratiquée quatorze ans auparavant par M. le Professeur Ombrédanne, a guéri définitivement notre malade de son infirmité intestinale, d'origine congénitale, et des conséquences qu'elle avait entraînées.

---

## CHAPITRE II

### ANUS VULVAIRE

---

Nous avons vu que notre malade était porteuse d'un anus vulvaire ; c'est là une malformation assez rare mais non exceptionnelle, dont nous allons rapidement passer en revue les principaux caractères.

Puech dans sa thèse de Montpellier en a rapporté trente-huit observations sur 238.420 naissances, soit 1 cas sur 6.274 enfants.

Bardeleben en 1907 en cite 31 cas.

Collins n'en a vu qu'un cas sur 16.654 naissances à la Maternité de Dublin.

Winckel 1 sur 12.000 naissances à la Dresden Hospital (Edimbourg).

Zimmendorff a rassemblé 65 cas en 1909.

Récemment quelques observations en ont été publiées par Makilaric et Sandescu dans *La Romania Médicale*, par Miume et Professeur Lefort dans *l'Echo Médical du Nord*.

C'est dire que l'anus vulvaire est une malformation relativement fréquente. D'autre part, nous ne devons pas oublier les cas qui ne s'accompagnent d'aucun trouble et qui de ce fait passent inaperçus. Morgagni

rapporte l'histoire d'une femme de Padoue observée par Mercuriali, qui est morte à 100 ans sans qu'on ait eu à intervenir. Lefort a vu une de 48 ans, mère de trois enfants dont ni elle, ni le mari, ni l'accoucheur, n'avaient remarqué l'existence de cette anomalie et qu'il découvrit parce qu'il lui fut impossible de faire un toucher rectal.

On a essayé d'en expliquer la pathogénie par un trouble embryologique : la soudure des replis génitaux avant l'arrivée du bord inférieur de la cloison uréthro-rectale, qui en descendant plus tard, trouve un périnée oblitéré, et vient alors déboucher à la partie postérieure du sillon cloacal.

Quant à l'étiologie elle est des plus discutées. Elle se confond avec celle des autres malformations, et en partage toute leur obscurité. Les causes habituellement invoquées dans la production de toute anomalie peuvent être admises ici : hérédité, dégénérescence, alcoolisme, consanguinité, grossesses répétées, syphilis, sans qu'on puisse incriminer plus particulièrement l'une d'entre elles.

L'évolution de cette infirmité est différente suivant les cas. Si l'évacuation est normale, les sphincters suffisants, aucun trouble ne survient, au point que la femme peut ignorer son état.

Plus fréquemment l'anus vulvaire s'accompagne d'atrésie, la constipation allant jusqu'à l'occlusion, en est la conséquence.

C'est donc, en définitive, l'atrésie qui commande l'évolution. Plus le rétrécissement est serré, plus la

découverte de la malformation est précoce, et plus l'intervention est urgente.

Entre les cas extrêmes, où l'anus est suffisant et ceux où l'atrésie est totale, existent toute une série d'intermédiaires, dont l'évolution plus lente variera suivant les sujets et donnera naissance à des accidents moins aigus que l'iléus, à des troubles chroniques pouvant se manifester tardivement.

Un canal anal peut être suffisant pour laisser passer les matières d'un nourrisson, mais le changement de nourriture entraîne une augmentation du calibre de ces matières, qui se trouvent retenues si le rectum est atrésié. La constipation s'installera progressivement, et d'autres troubles vont apparaître.

Kroemer admet que les difficultés d'évacuation augmentant avec l'âge, conduisent à une dilatation sacciforme du rectum terminal. Le côlon transverse également dilaté s'épaissit et s'hypertrophie par compensation. L'anus vulvaire serait la cause d'un mégarectum et mégacôlon acquis.

Notre petite malade répond à ce tableau clinique.

Elle était en effet porteuse d'un anus vulvaire qui fut reconnu précocement. L'étiologie en est des plus obscures. Née de parents bien portants, la grossesse s'était déroulée normalement, et nous n'avons trouvé chez les parents aucune tare telle que : syphilis, tuberculose, alcoolisme, ou autre malformation, susceptibles d'expliquer cette anomalie. Tout au plus, pouvons-nous invoquer la naissance prématurée à 7 mois, quoique d'après nombre d'auteurs, cette ano-

malie formative se constitue entre le troisième et le quatrième mois de la vie intra-utérine.

A la naissance, l'anus vulvaire venait déboucher en avant de l'hymen, au voisinage de la fourchette, et s'accompagnait d'une atrésie serrée, puisque dès la naissance, la constipation était telle, qu'il fallut faire des séances de dilatation, et opérer l'enfant une première fois en 1914, une deuxième fois en 1919. Malgré cela il n'y a pas de selles spontanées, et l'on constate alors une atrésie du canal anal.

La constipation devient bientôt rebelle à toute thérapeutique, la stase est telle qu'on a pu prendre un volumineux stercorome pour un kyste de l'ovaire.

Le ballonnement, le météorisme, les crises douloureuses se sont installés progressivement. Il semble, comme le veut Kroemer, que l'atrésie a conditionné la stase, et que celle-ci a produit la dilatation du côlon et du rectum et l'hypertrophie de leurs parois.

---

### CHAPITRE III

## MÉGACOLON

---

Un tel enchaînement, nous amène à considérer dans ce cas l'évolution du mégacôlon.

Tous les médecins connaissent bien depuis les travaux d'Ammon, de Favelli, et de Hirschsprung cette maladie de l'enfance, caractérisée par une dilatation colique avec hypertrophie des parois, s'accompagnant cliniquement de constipation, météorisme abdominal, et atteinte de l'état général.

Mais l'accord n'est plus lorsqu'on veut en expliquer la pathogénie. Le plus souvent on ne trouve aucune cause, ce qui conduit les auteurs à discuter plusieurs hypothèses ; ici au contraire il semble qu'on soit en présence d'une étiologie précise : l'atrésie anale.

On trouve dans la littérature deux cas identiques :

Dans la première observation publiée par Lane, il s'agissait d'une enfant de 4 ans  $1/2$  opérée à la dernière minute d'anus vulvaire. L'opération consista dans une incision atteignant l'intestin et divisant tout l'espace compris entre l'ouverture anormale et l'orifice intestinal. La petite fille mourut trois jours après.

A 12 mois, elle avait été opérée une première fois,

sans résultat, par suite de la fermeture de la plaie.

L'autopsie révèle que l'extrémité inférieure du gros intestin, ainsi que le rectum et la courbure sigmoïde, s'étaient tellement dilatés, qu'ils formaient un immense réservoir de 2 l. 840, et qui occupait la région hypogastrique, les deux régions iliaques, et une partie de la région ombilicale, en même temps qu'ils diminuaient de bas en haut l'étendue du thorax.

Les tuniques de l'intestin avaient tellement perdu de leur tonicité, par suite d'une distension exagérée, que l'opération faite par Lane fut inefficace. L'intestin n'ayant plus la force de se vider, ni le pouvoir de reprendre ses dimensions normales, aussi vomissements et autres symptômes persistèrent-ils, et l'enfant succomba.

OBSERVATION II (due à Paul Hirsch, Mammroth et Siegbert Cohn). — Mme Ek..., jeune femme de 35 ans, souffre depuis sa jeunesse de constipation, celle-ci durait plusieurs semaines (parfois 6) et ne cédait à aucun traitement.

A la naissance, on avait noté la présence d'un anus vulvaire.

Bien réglée, on ne trouve rien dans les antécédents personnels ou héréditaires. Elle a eu deux enfants (1921-1925), les accouchements ont été normaux.

A l'examen Mme Ek... est d'aspect normal, les seins sont peu développés, la paroi abdominale est mince et molle.

Ni hépatomégalie, ni splénomégalie.

Après massage de l'abdomen, on voit un cordon dilaté transverse, sous-ombilical ; il s'agit certainement d'un côlon transverse dilaté et ptosé. Pas de péristaltisme évident. L'anus s'ouvre à la vulve, et est pourvu d'un sphincter suffisant.

Le toucher montre une ampoule rectale fortement dilatée en forme de caverne. La paroi entre rectum et vagin est complète et d'épaisseur normale.

La radio révèle : une dilatation extrême du rectum et du côlon transverse et sigmoïde, et son abouchement à la vulve. Tout le côlon est fortement dilaté, mais le sigmoïde l'est au maximum.

Il s'agit donc de l'association de deux anomalies : anus vulvaire et méga-recto-côlon.

Il reste à interpréter les faits.

*La théorie congénitale* n'est pas entièrement à rejeter malgré l'existence d'un obstacle.

On sait qu'elle admet que la dilatation hypertrophique existe dès la naissance et est le résultat d'un processus évolutif ou d'une maladie fœtale, faisant ainsi comprendre pourquoi dans la plupart des cas on ne trouve ni compression extérieure, ni rétrécissement, et qu'il ne s'agit pas d'une rétro-dilatation (P. Duval), et inversement pourquoi les rétrécissements du rectum, inflammatoires et cicatriciels qui pourtant ne sont pas rares, ne s'accompagnent jamais de méga-côlon.

Mais dans notre cas où il existe bien une atrésie, on pourrait admettre quand même, qu'elle n'a pas in-

fluencé la formation du mégacôlon puisque malgré les dilatations, la constipation a persisté, et qu'elle ne va définitivement guérir qu'après colostomie.

Donc ces deux malformations auraient pu évoluer chacune pour leur propre compte. D'ailleurs on connaît bien les cas où le mégacôlon coexiste avec certaines hernies congénitales, atrésies ou hypertrophies. Pour ne citer que les plus notoires, rappelons la malade de Leroy des Barres, qui présentait en dehors d'une maladie de Hirschsprung une dilatation hypertrophique de la vessie ; et cette enfant présentée par Becher, porteuse d'un anus vulvaire, mégacôlon, développement du système pileux insuffisant et syndactylie.

Quant à l'hypertrophie surtout musculaire, elle existe même en dehors de tout obstacle : on peut admettre que la malformation congénitale porte sur les parois elles-mêmes (Mya) ou est le résultat d'une hyperplasie tissulaire, musculaire, conjonctive (P. Duval). Elles seraient à rapprocher d'autres malformations analogues du tube digestif : méga-œsophage, hypertrophie du pylore, méga-duodénum, méga-rectum.

*La théorie du mégacôlon acquis* explique peut-être d'une façon plus satisfaisante l'évolution de notre observation. On sait qu'elle considère la dilatation hypertrophique du côlon ilio-pelvien comme le résultat de la difficulté qu'il éprouve à évacuer son contenu, ce qui explique les cas post-opératoires ou traumatiques (tels les malades de Moser et de Stones, qui firent une

maladie de Hirschsprung après une perforation qui laissa une cicatrice) et les cas qui guérissent après qu'on a levé l'obstacle, et ceux chez qui les symptômes sont tardifs.

La stase stercorale serait en définitive la cause efficace pour la constitution du mégacolon. Cette stase peut relever de causes diverses : torsion, coudure, rétrécissement congénital, contracture du rectum ou du sphincter externe de l'anus, achalasie des sphincters pelvirectal et anal, anus non perforé à la naissance (cas de Duplex).

Vue de cette façon notre malade aurait présenté congénitalement « un anus vulvaire avec atrésie », le rétrécissement, cause de la stase, aurait déterminé une dilatation passive du côlon et du rectum. Ceux-ci en essayant de forcer l'obstacle, et d'évacuer leur contenu auraient provoqué les grandes crises douloureuses et l'hypertrophie de leurs parois. On sait en effet que tout muscle qui travaille s'hypertrophie.

Nous voyons donc bien qu'il est difficile de trancher cette question de pathogénie.

Entre ces deux théories, peut prendre place une troisième hypothèse, qui les concilierait toutes deux, et qui est l'application de celle proposée par Marfan.

La dilatation hypertrophique serait secondaire à une stase déterminée par la longueur exagérée, les replis multiples et très accusés du côlon ilio-pelvien, avec longueur exagérée du mésentère correspondant. En résumé le dolichocôlon serait à la base du mégacolon,

Chez notre petite malade, il semble qu'elle était porteuse congénitalement : « d'un anus vulvaire et d'un dolichocôlon (celui-ci diagnostiqué par la radiologie) », ce dernier serait la cause de la constipation existant dès la naissance, alors que les selles étaient assez liquides pour passer même par un orifice étroit. En grandissant, cette gêne à l'évacuation normale n'a fait que croître, et la constipation est devenue de plus en plus sérieuse. La stase aurait produit la dilatation passive ; on peut admettre en outre que l'atrésie a conditionné le mégarectum, et le dolichocôlon le mégacôlon.

Pour lever ce double obstacle, la musculature se serait développée. C'est à cette théorie que nous nous rallions. En résumé nous aurions affaire à un « **anus vulvaire congénital avec atrésie** » associé sans doute à un « **dolichocôlon également congénital** » que la constipation a transformé en un « **mégarectum et mégacôlon acquis** ».

---

## CHAPITRE IV

### LES COMPLICATIONS : LA NÉPHRITE

---

Nous avons vu comment on pouvait concevoir la genèse du mégacôlon chez notre malade. Il nous reste à rechercher quelles sont les complications qui en ont été la conséquence, en insistant particulièrement sur les signes d'atteinte rénale.

Dans notre observation on relève d'abord un ensemble de signes fonctionnels communs à tous les cas de mégacôlon.

Au début, de l'évolution il ne s'agit que d'une constipation monosymptomatique, assez bien supportée, et n'entraînant que l'esclavage des lavements quotidiens.

Vers 14 ans, on note la formation du premier stercorome avec les erreurs de diagnostic qui sont la règle dans ces cas. C'est tout naturellement au « kyste de l'ovaire » qu'on pense, et cette enfant eût été opérée à tort, sans les rectifications dues à une exploration radiologique.

Mais cette constipation cesse bientôt d'être tolérée, quand apparaissent les crises douloureuses, sans doute liées à des phénomènes de subocclusion, dues

tout au moins à la distension gazeuse du côlon, puisqu'à chacune de ces crises, l'enfant présentait un important ballonnement de l'abdomen.

Ces troubles ne manquèrent pas de retentir sur le développement de notre malade, et il faut dire qu'à 20 ans elle a une taille de 1 m. 45, et une certaine hypotrophie générale, mais sans signes d'infantilisme vrai.

Mais surtout c'est l'état psychique qui, avec les années, devient plus inquiétant.

Elle élaborait en secret une sorte de psychose dépressive d'origine digestive, avec un sentiment humilié, d'autant plus profond que l'histoire passée, qu'elle connaissait bien de son anus vulvaire, la confirmait dans son idée qu'elle n'était pas comme tout le monde, et que par conséquent ni l'existence, ni les espoirs d'une jeune fille de son âge, ne lui étaient permis. C'est bien dans ces conditions que d'une façon ou d'une autre, par la guérison ou par la mort, elle rechercha dans la chirurgie la délivrance de ses souffrances physiques, et de sa torture morale.

Mais de toutes les complications qui se manifestèrent au cours de l'évolution de ce mégacôlon, la plus intéressante à considérer, est sans doute la néphrite, qui semble avoir été améliorée par la cure chirurgicale de la stase stercorale.

La plus banale des néphropathies d'origine intestinale est on le sait, d'habitude, la pyélonéphrite.

Mais dans notre observation, on ne relève ni la

présence de pus, dans les urines, ni pollakiurie, ni dysurie.

Au contraire les symptômes sont ceux d'une néphrite vraie, comme en atteste le début insidieux par les œdèmes, les douleurs lombaires.

Tout se borne bientôt d'ailleurs à un syndrome albumineux simple, sans hypertension, sans rétention chlorurée, sans troubles importants de l'excrétion uréique.

Les néphrites d'origine intestinale sont plus rares évidemment que les pyélonéphrites.

Mais il est intéressant de noter, que si dans les syndromes intestinaux liés à une altération du côlon droit, c'est surtout le syndrome colibacillaire entéro-rénal qui prédomine avec ses signes de pyélo-urétéro-cystite bien connus ; dans les syndromes de stase stercorale gauche d'origine méga-recto-côlique, les pyélo-néphrites deviennent plus rares, et c'est la néphrite vraie ou néphrite pure que l'on voit apparaître. Il nous faut citer ici une observation de MM. Bensaude, Gillard (de Tours) et Ronneaux.

OBSERVATION III. — Georges N..., 17 ans 1/2, est adressé au Dr Bensaude par le Dr Gillard (de Tours) pour un examen rectoscopique.

*Antécédents héréditaires* : père robuste, mère obèse mais bien portante, deux frères plus âgés, également en bonne santé.

*Antécédents personnels* : le malade est né à terme, d'une grossesse qui se déroula normalement. Il ne

présentait rien d'anormal jusqu'à l'âge de 3 semaines.

Les selles étaient spontanées et régulières, l'estomac fonctionnait bien.

A l'âge de 3 semaines, il fut pris de toux coqueluchoïde, qui ne dura que quelques jours, mais s'accompagna et fut suivie de phénomènes généraux graves.

Le malade devint d'une maigreur extrême, en même temps qu'une constipation opiniâtre s'établissait. Le ventre était tendu, ballonné, très volumineux ; l'absence totale de selles dura plusieurs jours puis on eut une évacuation sous l'influence de lavements répétés.

A force de soins, il reprit peu à peu son apparence normale, et à l'âge de 1 an, il était aussi robuste, à part la constipation, que les autres enfants de son âge. Les lavements étaient indispensables, mais le malade ne souffrait pas du ventre, et l'état général était bon. L'enfant avait bon appétit, mangeait de tout ; de caractère gai, il prenait part à tous les jeux de ses camarades ; comme seule maladie d'enfance, il eut une rougeole à 10 ans. Il présentait en outre des céphalées journalières, lourdeurs plutôt que douleurs vraies. La constipation était absolue. Les selles étaient obtenues par des lavements d'eau, les lavements d'huile donnant des coliques.

Cet état dura jusqu'à l'âge de 15 ans. Le malade commençait à exercer le métier d'accordeur de piano, montait à bicyclette, et menait une vie physique active.

A cette époque, le 15 novembre 1909, il fut pris

pour la première fois de douleurs violentes dans la région lombaire qui le tiennent alité jusqu'au milieu de janvier 1910 (donc 2 mois) et les urines contiennent de l'albumine. On lui fait des frictions et des siphonnages au chlorure d'éthyle, on continue les lavements.

Puis les douleurs disparaissent, et le malade avait repris sa vie normale depuis plusieurs mois, lorsque le 15 mai 1910 il fut pris à nouveau de violentes coliques. Il y avait plus d'un mois qu'il n'y avait pas eu de selles. Les lavages étaient sans action, l'eau ressortait absolument claire. Cet état continue à s'aggraver, les douleurs deviennent de plus en plus fortes et l'abdomen de plus en plus ballonné.

Le 8 juin, le malade est pris de vomissements, il reste prostré, sans manger, souffrant terriblement, le ventre tendu à se rompre, il est pris d'une dyspnée extrême. Pas de selles depuis soixante-quatre jours.

Transporté à l'hôpital le 10 juin au soir, on fait un curage d'intestin qui ramène un grand seau hygiénique de matières dures et horriblement fétides. Les lavages font de nouveau effet, il y a une amélioration qui dura plusieurs mois.

De mars à juin 1911 alternatives d'aggravation et d'amélioration.

Le 14 juin le Dr Gillard constate en pleine crise, du ballonnement, des mouvements péristaltiques : les selles sont rares et extrêmement fétides.

Radiologiquement on trouve :

1<sup>o</sup> Un abaissement de trois travers de doigt du fond de l'estomac ;

2<sup>o</sup> Une diminution du péristaltisme ;

3<sup>o</sup> Une dilatation considérable du diamètre du côlon transverse et de la portion descendante du côlon ;

4<sup>o</sup> La progression extrêmement lente du bismuth.

Vu par le Dr Bensaupe, il conseille l'opération, qui fut pratiquée par le Professeur Gosset.

La laparotomie montre une anse intestinale du volume d'un estomac. C'est la partie inférieure de l'S iliaque dilatée dont les parois sont fortement hypertrophiées. La dilatation se continue jusqu'au fond du cul-de-sac de Douglas. Le cæcum est normal et non dilaté, sans hypertrophie des parois.

Une anastomose intestinale est faite.

Les suites opératoires furent excellentes.

Peut-être pourrait-on rapprocher le cas V du mémoire de Hirschsprung dont l'interprétation paraît être plus difficile.

Garçon de 3 mois. Au troisième jour de sa vie, pas d'évacuation de méconium et refus de téter.

Abdomen très dilaté avec parois infiltrées d'œdème.

Un doigt introduit dans l'anus provoque l'expulsion de méconium et l'enfant tète.

Par la suite, pas de selles sans purgation, par l'huile de ricin ou lavement.

Pas de vomissements, mais fréquence du hoquet.

Au troisième mois, le poids de l'enfant diminue, et pourtant l'évacuation est devenue normale et spontanée.

Les anses intestinales sont fortement saillantes.

L'oligurie est marquée, les urines contiennent de l'albumine.

Mort à la fin du troisième mois.

Il nous faut citer pour mémoire un passage que nous avons relevé dans un article récent de Friedewald et Morrisson dans lequel ces auteurs disent avoir observé en effet un certain nombre de sujets âgés, chez qui une constipation habituelle de longue date, et de forme grave, s'est associée à des symptômes de fatigue, céphalées, nausées, albumine dans les urines et cylindres hyalins. Peu à peu les cylindres hyalins ont augmenté et la fonction rénale devint insuffisante. A cette période l'hypertension apparaît et est bientôt suivie de troubles cardiovasculaires.

La pathogénie de ces néphrites par stase stercorale est loin d'être élucidée. Il pourrait s'agir d'une infection microbienne d'origine intestinale voisine dans sa pathogénie de la pyélonéphrite, et seulement différente par le point d'attaque de l'agression microbienne ; frappant dans le premier cas le parenchyme, et dans le second les voies d'excrétion.

Mais il est peut-être plus logique d'admettre que dans ces néphropathies stercorales, il s'agirait moins d'auto-infection, que d'auto-intoxication. L'atteinte rénale se faisant selon la conception de Metschnikoff

par l'intermédiaire de poisons solubles, prenant leur origine dans l'intestin, soit aux dépens des germes, soit aux dépens des produits dégradés du métabolisme alimentaire.

Quoi qu'il en soit de ces explications, à propos desquelles nous ne savons pas apporter de précisions nouvelles, le fait intéressant de notre observation, parce qu'il démontre bien l'origine stercorale de la néphropathie, c'est l'action de la cure chirurgicale sur les symptômes rénaux.

Il semble bien établi qu'il existe des néphrites par stase stercorale. Nous n'en voulons comme dernière <sup>†</sup> preuve que les cas où des accidents rénaux surviennent tardivement, sans autre cause, que des troubles digestifs beaucoup d'années auparavant, ou comme preuve plus convaincante encore, où après disparition de la stase stercorale par un traitement approprié, les troubles urinaires disparaissent également.

Notre malade, constipée depuis l'enfance, n'a vu apparaître ses œdèmes et l'albumine qu'à l'âge de 18 ans, mais ceux-ci n'ont jamais rétrocedé, quelle que fut la thérapeutique employée.

Dès la première intervention et pendant toute la durée de son anus contre nature les symptômes ont disparu : il n'y eut plus d'albumine dans les urines. Ces résultats se sont maintenus par la suite.

Ainsi l'intervention a rendu au rein sa fonction normale et l'on était bien en présence d'une néphrite par stase stercorale.

## CONCLUSIONS

---

L'observation que nous avons rapportée offre au point de vue symptomatique, deux particularités intéressantes :

1<sup>o</sup> Il s'agit d'une observation rare de « mégacôlon » symptomatique d'un « anus vulvaire avec atrésie » ;

2<sup>o</sup> Cette association ouvre la discussion de la pathogénie du mégacôlon, et nous a permis de discuter à son sujet l'intérêt respectif dans ce cas des théories congénitale et acquise ;

3<sup>o</sup> Parmi les complications entraînées par cet état, l'existence d'une néphrite d'origine intestinale nous a paru particulièrement intéressante à souligner ;

4<sup>o</sup> Il y a dans cette observation, un succès considérable de la chirurgie qui a su guérir en deux temps, il est vrai éloignés, toutes les anomalies complexes que présentait notre malade : anus vulvaire et atrésie (opération de M. le Prof. Ombrédanne en mars-avril

1919) et mégacôlon (observation du Dr Bergeret qui est intervenu les 17 octobre et 16 novembre 1933).

Le plus frappant est sans doute la disparition de l'albuminurie par la guérison de la stase stercorale.

Vu : le Président de la thèse,  
CARNOT.

Vu : le Doyen,  
ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :  
le Recteur de l'Académie de Paris,  
S. CHARLÉTY.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

- Abel (I.)*. — Report of a case of acquired mégacolon (South Surgery and gynecology. Philadelphie, 1914, XXVII, p. 381-386).
- Barbeleben*. — Beitrag zur geburtshilflichen, gynäkologischen und entwicklungs-geschichtlichen Bedeutung des anus anomalus vulvovaginalis (Archiv für Gynäkologie. Berlin, 1903, LXVIII, p. 336).
- Bartle*. — Mégacôlon. Résumé de la littérature et compte-rendu d'un cas (American Journal Society, janvier 1926, vol. LXXI).
- Bensaude (I.)*. — Pathologie du rectum et côlon terminal, t. XIV.
- Bensaude (R.)*. — Dilatation du rectum et du côlon : Maladie de Hirschsprung (Nouveau traité de Médecine de Roger, Vidal, Tessier. Paris, Masson, 1924).
- Bensaude, Gillard (de Tours) et Ronneaux*. — Sur le syndrome de Hirschsprung ou mégacôlon (à propos de 2 observations chez l'adulte (Bulletin Médical de Paris, 1911, XXV, p. 1043-1047).
- Bensaude (R.) et Hillemand (P.)*. — Maladie de Hirschsprung (Annales de Médecine, décembre 1922).
- Bensaude et Sorrel*. — Six cas de mégacôlons (Archives des maladies de l'appareil digestif. Paris, VII, 1<sup>er</sup> janvier 1914).
- Bromen (Juar)*. — Normale und abnormale Entwicklungen des Menschen.

*Cestan.* — Anus vulvaire (Société anatomo-clinique de Toulouse. Séance du 20 juin 1906).

— Anus vulvaire (Toulouse Médical, 15 août 1904).

*Chassagnard.* — Contribution à l'étude du mégacôlon ou dilatation idiopathique du gros intestin (Thèse de Bordeaux, 1909).

*Chiray et Baumann.* — Diagnostic clinique et traitement du dolichocôlon (Société de Médecine de Paris, 27 février 1932, p. 158-164).

— Côleite, anaphylaxie (Paris Médical, 1933, p. 299).

*Chiray (A.) Lommon et Lamy (P.).* — Les manifestations douloureuses du flanc droit dans le dolichocôlon gauche (Les cahiers gastro-entériques, 1931, n° 1).

*Cohen (Ignace).* — Néphrites anaphylactiques (Thèse de Paris, 1931).

*Durand (Gaston).* — Mégadolichocôlon (Année Médicale Pratique du Dr Lian. Paris, VIII, 1930, p. 226).

*Durand (Marius).* — Anus vulvaire, 1<sup>er</sup> décembre 1894.

*Edgar (J.).* — Case of anus vulvalis (persistent cloaca) with prolapsus of uterus (Glasgow, Medical Journal, 1901, LV, p. 407-409, discussion).

*Elgood.* — Anus vulvaire (The Lancet, 1906).

*Elgood et Horrocks.* — Sequel to a case of anus vestibularis (British Medical Journal, 13 novembre 1897).

*Eustache (Prof.).* — Anus vulvaire (Communication à la Société des Sciences de Lille, 21 juillet 1906, n° 26).

*Fabre et Bazy.* — Néphrite anaphylactique mortelle (Toulouse Médical, 1<sup>er</sup> septembre 1933).

*Fischer.* — La maladie de Hirschsprung (Zentralblatt für Chirurgie Leipzig, 9 janvier 1932, LIX, n° 2).

*Friedenwald et Morrisson.* — Relations entre troubles gastriques et maladies rénales (American Journal of Medical Association, 13 août 1932).

- Frolich*. — Mégacôlon et imperforation rectale (Revue Médicale de l'Est, novembre 1906, t. 47, p. 155).
- Gourvane (Mlle)*. — Anus vulvaire (Thèse de Lausanne, 1901).
- Guide (Conrad de)*. — Le Mégacôlon (Le Scalpel, n° 28, 15 juillet 1933).
- Guy (Pierre)*. — Néphrite ; amylose, néphrose (Thèse de Lyon, 1933).
- Hartley*. — Congenital Mégacolon, absence of vagina (British Journal London, 1925, I, p. 451).
- Hillemand et Hurry (P.)*. — Les formes frustes de la maladie de Hirschsprung et leur traitement (Gazette Médicale de France, n° 4, 15 février 1931).
- Hirsch-Mammoth et Cohn*. — Mégacolon congenitum und anus anomalous vestibularis, ein Beitrag zur Aetiologie des Hirschsprungschen Syndroms (Deutsche Medizinische Wochenschrift, LII, décembre 1926, p. 2125).
- Hoerst*. — Les sphincters et le canal alimentaire (Archives des maladies du tube digestif, 1925, p. 1).
- Horrocks*. — Anus vulvaire (The Lancet, 21 mai 1898).
- Ismojik*. — Contribution à l'étude des troubles gastriques et duodénaux au cours de la maladie de Hirschsprung (Thèse de Paris, 1927, n° 379).
- Keyes*. — Vulvo-vaginal-anus (Medical Record of New-York, 1897).
- Kroemer*. — Guérison d'un anus anomalous vulvo vestibularis chez un nourrisson (Münchener Med Wochenschrift, 1907, LIV, p. 462-466).
- Dourneuf (Le)*. — Mégarectum et mégacôlon chez un cardiaque à la limite de l'acromégalie (Société médicale et anatomo-clinique de Lille. Séance extraordinaire du 26 mai 1933 ; Journal de l'Académie Médicale de Lille, n° 25, 18 juin).
- Dentu (Le) Delbet (Pierre)*. — Nouveau Traité de Chirurgie (Mégacôlon, t. XXIV, p. 510-511).

- Letondal.* — Contribution à l'étude du mégacôlon chez l'enfant (Thèse de Paris, 1925).
- Makelarie et Sandescu.* — Deux cas d'imperforation anale (Romania Medica, 15 décembre 1928).
- Marfan.* — Traité des maladies de l'enfance.
- Mathieu.* — Colites gauches et droites (Traité des maladies du tube digestif).
- Martin (Paul).* — Contribution à l'étude des anus vulvaires. (Thèse de Paris, février 1906).
- Menez.* — Classification et pathologie des mégacôlons (Thèse de Paris, 1923, n° 33).
- Miime (J.) et Lefort (Pr.).* — Cas d'abouchement anormal du rectum (Echo médical du Nord, 5 novembre 1932).
- Nguyen Van Huong.* — Contribution à l'étude du mégacôlon (Thèse de Paris, 1933, Imprimerie Jouve).
- Nobécourt.* — Dolichocôlon et Mégacôlon (Le Journal des Praticiens, 27 février 1932) (La Pédiatrie pratique, 25 avril 1932).
- Dolichocôlon et Mégacôlon chez l'enfant (Médecine pratique, août 1930, p. 577-581).
- Pasteur-Vallery-Radot.* — Traité des néphrites (tome V, de Bezançon, p. 477).
- Patel.* — Anus vulvaire (Rapport au VI<sup>e</sup> Congrès National de Gynécologie obstétrique et Pédiatrie. Toulouse, 22-27 septembre 1910).
- Petel.* — Etude clinique et diagnostic du Mégacôlon (Progrès Médical, Paris, 1928, n° 188).
- Packard (R.) et Kirchbaum (J.).* — Rapport sur un cas d'anús vulvo-vaginal congénital (American Journal of obstetrics and gynecology, septembre 1932).
- Puech.* — Des abouchements congénitaux du rectum à la vulve et au vagin (Thèse de Montpellier, 1890).
- Seillé (Guy).* — Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement du mégacôlon (Thèse de Paris, 1929, n° 33).

*Terrien.* — Constipation congénitale et Maladie de Hirschsprung (Journal de Médecine interne, février 1909, p. 31).

*Ziemendorf.* — Ueber atresia ani (Thèse de Berlin, 1909).



